

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

310

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 avril 1901, à 1 heure

Par MARCEL DIANCOURT

né à St-Germain-l'Herm (P.-de-D.) le 6 février 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OUVERTURE PARIÉTALE

DES CHOLÉCYSTITES SUPPURÉES

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. CORNIL, professeur.
ALBARRAN et MÉNETRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pat ologie médicale		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique chirurgicale	}	RAYMOND.
		BERGER.
Clinique ophthalmologique		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires		LE DENTU
Clinique d'accouchements		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARAIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX GUYON

Chirurgien des Hôpitaux.

Membre de l'Académie des Sciences et Président de l'Académie de
Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OUVERTURE PARIÉTALE
DES CHOLÉCYSTITES SUPPURÉES

Avant d'aborder notre sujet, nous nous faisons un pieux devoir d'adresser à tous nos maîtres nos remerciements les plus sincères.

Tout d'abord, que nos premiers maîtres de l'Ecole de Clermont-Ferrand reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance pour le dévouement qu'ils ont mis à guider nos premiers pas dans les études médicales. Nous remercions en particulier M. le professeur Bousquet, Directeur de l'Ecole, et M. le professeur Gagnon, pour leur savant enseignement et pour la bienveillante sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée.

A Paris, nous avons suivi, à l'Hôtel-Dieu, le service de M. le professeur Panas. Nous n'oublierons jamais ses brillantes leçons, et nous sommes heureux de lui adresser aujourd'hui l'expression de notre profonde gratitude.

Nous avons trouvé le meilleur accueil à la clinique d'ac-

couchement Baudelocque, où M. le professeur Pinard ne nous a pas ménagé ses sages conseils. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous tenons aussi à adresser tous nos remerciements à M. le professeur agrégé Quénu, chirurgien de l'hôpital Cochin, dans le service duquel nous avons recueilli les éléments de notre thèse. Nous exprimons notre entière reconnaissance à M. Judet, interne du service, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail et nous en faciliter l'exécution par son extrême obligeance.

M. le professeur Guyon nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

La première observation de phlegmon biliaire suivi de fistule nous a été léguée par Borrichius, en 1676.

Dans le courant du XVIII^e siècle, nous trouvons un certain nombre de médecins qui ont rapporté des cas de fistules biliaires externes, parmi lesquels il convient de citer Jean-Louis Petit qui, en 1743, en publia six cas. Mais, à l'exception de ce dernier, il n'en est aucun qui se soit occupé de rechercher sérieusement les conditions dans lesquelles évoluait la maladie, et le remède à y apporter. L'affection était tout simplement considérée comme une rareté et une curiosité chirurgicales.

Dans la première partie du XIX^e siècle, nous trouvons encore quelques observations dues à Lespine (1810), Robert (1836), de Meersman (1840), Grandclaude, etc...

Cruveilhier, qui en rapporte deux cas, commence timidement à s'occuper de l'anatomie pathologique, et propose même une division des fistules biliaires internes.

Jusqu'à cette époque, il n'est signalé aucun travail sur l'ouverture pariétale des cholécystites. Mais, avec les travaux de la dernière moitié du siècle, nous voyons apparaître une nouvelle préoccupation, celle de la nature étiologique. C'est ainsi que Fauconneau-Dufresne, à qui

revient l'honneur et le mérite d'avoir donné la première description des fistules biliaires, dans son *Traité de l'affection calculieuse du foie*, qui parut en 1851, insiste sur le rôle prépondérant des calculs dans leur production.

Murchison, en 1868, avec ses *Leçons cliniques sur les maladies de foie* ; MM. Barth et Besnier, dans leur Dictionnaire encyclopédique ; la thèse d'agrégation de Mossé (1880) ; les travaux de Courvoisier, apportent de nouveaux faits, et confirment les idées de Fauconneau-Dufresne.

Il faut arriver à ces dernières années pour voir naître des méthodes de traitement rationnelles et efficaces. La chirurgie hépatique, rendue possible par les progrès de l'antisepsie, reçoit une éclatante application dans les opérations de cholécystectomie, qui sont faites avec le succès le plus grand un peu de tous les côtés, notamment par Michaux, dans les fistules biliaires externes.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'une affection assez rare, et nous avons voulu la rapporter, en la comparant à quelques autres plus anciennes que nous avons pu réunir, de manière à dégager la physionomie clinique de la maladie. Les indications thérapeutiques, telles que les comporte la chirurgie moderne, feront l'objet du dernier chapitre de ce modeste travail.

ÉTIOLOGIE

Nous nous occuperons successivement de la fréquence de la maladie et des conditions de terrain qui favorisent son apparition.

Fréquence. — On peut dire que l'ouverture pariétale des cholécystites est une affection rare, et qui tend à le devenir de plus en plus, grâce aux progrès récents de la chirurgie du foie. Il est, en effet, évident, qu'à l'époque actuelle, une cholécystite observée à temps a beaucoup moins de chance qu'aux époques antérieures d'arriver à la fistulisation cutanée, quand on prévient cette dernière éventualité par d'énergiques moyens. De plus, la médecine, notamment la médecine hydro-minérale, perfectionne chaque jour ses armes de combat contre les affections hépatiques, et en particulier contre la lithiase.

FAUCONNEAU-DUFRESNE avait déjà, en 1851, collectionné 26 observations de fistules biliaires externes.

MM. BARTH et BESNIER, dans leur *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1868), en réunissent 30 cas.

MURCHISON, qui avait eu l'occasion d'en observer trois cas, rapporte que dans ses recherches il fut amené à en découvrir 86 autres.

Mossé, dans sa thèse d'agrégation de 1880, cite les 89 cas réunis par Murchison, et déclare pouvoir ajouter à la statistique de cet auteur 32 cas nouveaux.

Enfin, COURVOISIER a pu en réunir jusqu'à 184.

Ce qu'il serait intéressant de connaître, c'est la fréquence relative des fistules biliaires cutanées comparée à celle des fistules biliaires internes. Si nous consultons à cet égard l'intéressante statistique de Mossé, nous voyons que, pour 121 cas de fistules cutanées, l'auteur rapporte seulement 85 cas de fistules internes.

Les fistules cutanées sont donc les plus nombreuses, comparées aux fistules internes. Il est vrai de dire qu'un grand nombre de perforations de la vésicule à l'intérieur ont dû passer inaperçues, et prises pour d'autres affections, le diagnostic étant infiniment plus facile pour les fistules cutanées.

Conditions de terrain. — Les fistules biliaires cutanées se montrent en général chez les lithiasiques. La grande majorité des observations fait voir en général la sortie d'un ou plusieurs calculs à la suite de l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès pariétal. C'est même grâce à la présence de calculs dans les replis des trajets fistuleux que ces fistules persistent indéfiniment.

Il arrive quelquefois que l'on n'observe la sortie d'aucun calcul pendant le cours de l'affection, mais que, une terminaison fatale survenant, l'autopsie révèle la nature calculeuse de la cholécystite.

C'est ainsi que sur les 184 cas réunis par Courvoisier, dans 180 d'entre eux, on observe la sortie des calculs ; dans les 4 autres, on les retrouve à l'autopsie.

Sur les 30 observations rapportées par Barth et Besnier, vingt-cinq signalent l'issue des calculs par la fistule. Dans un cas, les calculs sortirent avec les selles; dans un autre, on les retrouve à l'autopsie. Deux fois seulement on ne recueillit que de la bile pure; et, dans l'un de ces deux derniers cas, qui se termina par la mort, on ne fit pas l'autopsie. Enfin, dans un cas, (cas de Kirkland, 1786), un abcès, ouvert spontanément au niveau de la dernière fausse côte, donna issue à du pus et à un lombric.

Dans les quelques observations que nous avons nous-même réunies à la fin de cette thèse, nous trouvons, sur 11 cas, 10 fois la présence de calculs en plus ou moins grand nombre, et seulement 1 fois leur absence. Cette proportion, qui confirme la précédente, avait déjà été indiquée approximativement par Chaudron qui conclut que la lithiase est huit fois sur dix cause de l'affection dont nous nous occupons.

Ces calculs sont quelquefois en très grand nombre, tel le cas de Borrichius (1676), qui raconte qu'un abcès, ouvert spontanément à l'hypochondre droit, chez une femme de cinquante ans, donna issue, en différentes fois à plus de 400 pierres biliaires grosses comme des fèves.

Nous rapportons dans cette thèse, l'observation de Th. Anger (1879), qui fut amené à extraire de la vésicule, en une fois, une centaine de calculs, à travers un trajet fistuleux de la région ombilicale.

Ces calculs sont encore remarquables souvent par leur grosseur. Il est assez fréquent de trouver une pierre grosse comme une noisette ou un œuf de pigeon. Klemm, en 1844, débridant un trajet fistuleux, chez une femme de

70 ans, retira une pierre biliaire du volume d'un œuf de poule.

Nous dirons quelques mots sur la question du cancer de la vésicule comme cause de la fistule biliaire. Cette question a été étudiée par quelques auteurs, en particulier par Murchison et Frerichs. Murchison croit pouvoir conclure que « quand la fistule est cancéreuse, il est probable que le travail ulcératif, qui conduit à sa production, est déterminé par des calculs biliaires ». Frerichs vient à l'appui de cette assertion, en montrant, sur 11 cas de cancer de la vésicule, 9 d'entre eux accompagnés de lithiase biliaire.

Age, sexe. — De la lecture des observations publiées sur les fistules biliaires cutanées, il ressort que cette affection se rencontre dans les deux tiers des cas chez des sujets âgés de plus de 40 ans. De plus, elle serait beaucoup plus commune chez les femmes que chez les hommes. Ceux-ci n'y contribueraient que pour un quart.

Mais, comme le fait observer Schwartz, cette fréquence pour le sexe féminin n'est qu'apparente. En effet, si la lithiase est la cause de la très grande majorité des fistules cutanées d'origine vésiculaire, la grossesse est une cause déterminante de la lithiase, et l'on peut voir par les statistiques que la plupart des victimes de la cholécystite perforante ont eu un ou plusieurs états de grossesse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous examinerons successivement :

- 1° L'état de la vésicule et du canal cystique ;
- 2° Les lésions périphériques (péricholécystite) ;
- 3° L'état de la paroi abdominale.

I. — ETAT DE LA VÉSICULE ET DU CANAL CYSTIQUE.

α). — *Vésicule*. — Toute fistule biliaire cutanée est précédée d'une phase de cholécystite suppurative, au cours de laquelle le réservoir biliaire peut revêtir plusieurs variétés d'aspect.

Ainsi, il peut prendre la *forme fibreuse ou scléreuse atrophique*, forme de cholécystite qui se traduit par une transformation scléreuse de la paroi vésiculaire. Dans cette variété, il y rétraction de la cavité, avec formation de poches dans lesquelles on trouve ordinairement du sable ou des calculs biliaires. Cette atrophie est, dans certains cas, poussée à un tel degré que la vésicule disparaît pour ainsi dire, se réduisant, comme on l'a quelquefois trouvée, au volume d'une figue ou d'une olive. Dans un cas de cholédocotomie pour calculs du cholédoque, elle avait le volume d'un pois.

Il peut se faire que la forme scléreuse revête une autre allure, et que la vésicule, au lieu de s'atrophier, soit au contraire augmentée de volume, avec épaissement des parois. C'est la *forme hypertrophiante scléreuse*.

Il y a enfin des cas où l'on rencontre la *forme hypertrophiante sans sclérose*, avec amincissement des parois. Ces cholécystites se présentent souvent dans les cas d'obstruction du canal cholédoque. La poche biliaire, dont toute la paroi, suivant l'expression de SCHÜPPEL, semble se réduire à une séreuse, peut alors acquérir des dimensions énormes, à tel point que le diagnostic de la tumeur est quelquefois difficile.

D'une manière générale, on peut dire que les deux premières variétés : forme scléreuse atrophique et forme scléreuse hypertrophiante, se rencontrent dans les affections chroniques. La forme hypertrophiante sans sclérose se trouve ordinairement lors d'accidents récents.

C'est ce dernier type qui semble aboutir avec le plus de facilité à la fistule cutanée. En effet, une vésicule très dilatée viendra plus aisément se mettre en contact avec la paroi abdominale qu'une vésicule très rétractée et recroquevillée sous le foie. De plus, l'amincissement extrême des parois, qui sont souvent, comme nous l'avons vu, réduites à la séreuse, est un facteur important dans la perforation. Entre les vésicules rétractées et scléreuses des cholécystites suppurées et la paroi abdominale il faut, pour qu'une communication se réalise, qu'une poche de péritonite enkystée établisse un contact.

Le pus contenu dans la vésicule est d'aspect très variable. Tantôt, il est phlegmoneux ; d'autrefois, il est mêlé à de la bile, la plupart du temps, à de la boue biliaire, des calculs.

La quantité de liquide peut être considérable, depuis une cuillerée jusqu'à plusieurs litres. COURVOISIER en a vu jusqu'à 1500 grammes.

Quand on fait une section des parois de la vésicule sclérosée, on trouve parfois sur la coupe de petits abcès miliaires, de petits foyers hémorragiques, qui peuvent être le point de départ d'une ulcération, ouvrant bientôt la porte à la fistule. Comme nous l'avons vu, les vésicules calculeuses présentent souvent des cloisonnements ; la muqueuse pousse des diverticules, des poches, où se logent des calculs, en faisant ainsi, pour ainsi dire, des vésicules à colonnes.

Quel que soit l'aspect anatomique de la vésicule, elle montre en un point de ses parois un orifice anormal établissant la communication avec la fistule cutanée, soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire d'une poche périhépatique de péritonite suppurée.

Le siège de la perforation est très variable ; tantôt, et le plus souvent, c'est le sommet ; d'autres fois, c'est la face inférieure de la vésicule. Dans quelques observations, c'est sur le canal cystique, très dilaté, que s'était faite l'ulcération.

COURVOISIER rapporte trois faits de perforation du cholédoque.

Enfin, disons que les perforations peuvent être multiples, et faire communiquer la vésicule, à la fois avec la

peau, l'estomac, le duodénum, le côlon, le bassinet, etc.

Nous ne ferons que rappeler très brièvement les lésions histologiques de la cholécystite fistuleuse.

SCHWARTZ décrit ainsi les lésions histologiques de la paroi, dans la vésicule hypertrophiante sans sclérose : « Le microscope montre une destruction plus ou moins complète des couches qui constituent la paroi ; c'est la muqueuse qui est surtout touchée ; ses épithéliums de revêtement et glandulaires ont disparu par places, de même que ses villosités : une infiltration de globules blancs, de cellules embryonnaires, apparaît et constitue en certains points de véritables amas, qui deviendront de petits abcès pariétaux, soit sous-muqueux, soit intramusculaires, soit sous-séreux ; les éléments normaux sont dissociés par les éléments embryonnaires, par des globules de pus. On trouve surtout les microbes pathogènes dans les petits abcès et dans leur voisinage immédiat ».

β). — *Canal cystique*. — Il est intéressant de se demander quel est l'état du canal cystique et des voies biliaires dans la cholécystite perforante, aboutissant à la production d'une fistule pariétale.

Le plus souvent, la perforation s'établit chez des malades en état de rétention manifeste. On conçoit, en effet, qu'un obstacle, quel qu'il soit, calcul, coudure, cicatrice, tuméfaction de la muqueuse, siégeant sur les voies biliaires, au cours d'une cholécystite calculeuse, influe profondément sur la marche du processus suppuratif.

Aussi longtemps que la vésicule peut se vider, le pus qu'elle contient, drainé d'une manière permanente, n'exerce aucune tension sur les parois de cette vésicule et, pouvant

s'échapper par les voies naturelles, n'a qu'une tendance faible ou nulle, à se créer un débouché anormal. C'est là ce fait général que nous voyons se reproduire au niveau de toutes les glandes de l'économie pourvues d'un canal excréteur. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, qu'au niveau du rein, les pyélo-néphrites ne s'ouvrent pas dans les organes voisins aussi longtemps que l'uretère reste perméable. Mais, dès que la rétention se manifeste, dès que la pyonéphrose est installée, les processus ulcératifs s'accroissent, et le bassin, perforé de dedans en dehors, peut évacuer son contenu dans les organes creux du voisinage : (côlon ascendant, duodénum, etc.).

La rétention, l'obstruction des voies biliaires, nous semblent donc être une condition indispensable à l'établissement d'une fistule vésico-cutanée.

L'obstacle peut siéger sur le canal cystique, mais ce dernier peut rester libre, et la cause de l'obstruction être reportée sur le cholédoque.

Infection biliaire. — La rétention ne suffit évidemment pas à elle seule à expliquer la tendance de certaines vésicules suppurées à s'ouvrir dans tous les organes voisins. D'autres facteurs doivent intervenir ; au premier rang desquels, la nature des microbes en cause, et la présence de corps étrangers dans le réservoir biliaire.

On a remarqué depuis longtemps la tendance perforante des cholécystites survenues au cours de la fièvre typhoïde. Le bacille typhique, ainsi que le rappelle DOMINICI, semble conserver, dans les voies biliaires, les propriétés ulcératives qu'il possède vis-à-vis de l'intestin. L'analyse bactériologique n'a malheureusement pas

été faite dans la plupart des cas de phlegmons biliaires ouverts à la paroi ; mais il est bien certain que d'autres microbes que le bacille d'Eberth peuvent amener la perforation vésiculaire. Le *coli* existait seul dans l'observation que nous rapportons.

Il est vraisemblable d'admettre que la virulence du microbe exerce sur les lésions de cholécystite une influence au moins aussi grande que sa nature. Aux germes virulents correspondent sans doute les formes ulcératives aboutissant à la perforation ; aux germes atténués correspondent les formes scléreuses engendrant une augmentation d'épaisseur et de résistance de la paroi du réservoir.

A côté de l'influence du microbe et de sa virulence, il convient de citer celle de facteurs purement mécaniques. Les calculs peuvent devenir, en effet, des agents actifs de la perforation des cholécystites. Ces calculs, par la pression qu'ils exercent, amènent un amincissement progressif des tuniques, et notamment de la musculieuse ; ils contribuent à diminuer la résistance d'une paroi déjà affaiblie par la sclérose. Peu à peu le calcul se creuse une véritable loge dans l'épaisseur des tissus, et peut finir par percer le réservoir biliaire. Il en résulte des lésions de *péritonite enkystée*, que nous allons maintenant étudier, car elles forment l'intermédiaire obligé entre la cholécystite et le phlegmon biliaire.

II. — LÉSIONS PÉRIPHÉRIQUES.

Lorsque la cholécystite suppurée s'ouvre, elle épanche quelquefois son contenu dans la grande cavité péritonéale,

en donnant lieu à une péritonite rapidement mortelle.

Beaucoup plus souvent, des adhérences se sont formées et constituent une protection efficace de la séreuse. La perforation vésiculaire se borne à produire une *péritonite enkystée*, une *péricholécystite*, une *paracholécystite* (LONGUET).

Nous n'avons pas à étudier les *péricholécystites* en général. Nous voulons seulement rappeler en quelques mots les dispositions réalisées par les fistules vésico-cutanées.

Tantôt, la *péricholécystite* est réduite à son minimum, et se trouve représentée par une nappe d'adhérences reliant le sommet de la vésicule perforée au péritoine pariétal. La fistule, dans ce cas, se réduit à un court trajet à travers la paroi abdominale. Cette disposition est surtout réalisée dans les cholécystites suppurées perforées, avec grosse vésicule distendue, venant se placer exactement derrière la paroi.

Dans d'autres cas, l'inflammation péri-vésiculaire délimite une grande poche, un véritable abcès intermédiaire à la cholécyste et au péritoine pariétal. La fistule, dans ce cas, revêt généralement un aspect irrégulier, avec une poche centrale, souvent creusée dans le grand épiploon, et s'ouvrant à l'extérieur d'une part, et d'autre part dans la vésicule, par des trajets rétrécis. Cette cavité, peut, d'ailleurs, présenter des diverticules nombreux allant dans les organes voisins (intestin, estomac, bassinet, etc), à la paroi abdominale, en des régions très éloignées de la vésicule.

III. — ETAT DE LA PAROI ABDOMINALE

Le siège de l'orifice ou de la tumeur varie. Tantôt, il est immédiatement sous le rebord costal, et correspond à la vésicule. C'est le phlegmon ou la fistule de l'hypocondre droit, de beaucoup le plus fréquent, phlegmon donnant ordinairement lieu à une seule fistule.

Tantôt, il est plus ou moins éloigné du niveau de la vésicule, près de l'ombilic, ou même à gauche de la ligne médiane. Ces phlegmons péri-ombilicaux donnent très souvent lieu à plusieurs fistules. Tel est le cas de Th. Anger, où le ventre de la malade était criblé d'orifices fistuleux; le cas d'Huguier, où, à la suite de fistules abdominales, deux autres fistules se constituèrent dans la région susclitoridienne, après le cheminement des calculs sous la paroi abdominale.

Le diamètre de l'orifice est variable. Il dépend le plus souvent de celui des calculs.

Quant à la fréquence relative du siège de la fistule dans telle ou telle région nous ne pouvons mieux faire que de donner le tableau publié par SCHWARTZ sur une statistique de 169 cas (1).

Sur ce nombre, le siège de la fistule a été noté :

1. Voyez E. SCHWARTZ. *Chirurgie du foie*, (1901), page 420.

Hypochondre droit.	49	}	85
Rebord costal droit.	36		
Mésogastre droit	17	}	27
Région iliaque droite	10		
Epigastre.	6		
Voisinage de l'ombilic	26	}	49
Ombilic	12		
Au-dessous de l'ombilic	11		
Dans la région inguinale gauche	1		
Multiples.	1		

On voit par ce tableau que c'est au niveau de l'hypochondre droit, comme nous l'avons dit, et du rebord costal droit, que s'ouvrent la plupart des abcès consécutifs à des cholécystites perforantes ; d'après cette statistique, il y en aurait une bonne moitié. La région ombilicale vient ensuite, suivie par le mésogastre droit et la fosse iliaque droite.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous diviserons cette étude en deux parties : celle des *symptômes précédant la fistule*, celle des *symptômes qui surviennent après la formation de la fistule*.

A. — *Symptômes qui précèdent la fistule*. — Les malades atteints de cette affection étant ordinairement des lithiasiques, il est rare qu'ils n'aient pas eu déjà une ou plusieurs crises de coliques hépatiques. Tout au moins, ils se plaignaient depuis quelque temps de douleurs plus ou moins erratiques, souvent très aiguës, siégeant toujours à l'hypochondre droit, et irradiant parfois vers l'ombilic, vers l'épigastre, vers la région hypogastrique, vers l'épaule.

Cherchant à expliquer le peu d'acuité qu'a cette douleur dans beaucoup de cas, Leguinel de Lignerolles dit : « Cette douleur n'est pas expulsive comme celle des coliques hépatiques, et cela trouve son explication dans le siège même des calculs, qui, en général, sont dans la vésicule et non dans les conduits biliaires. L'irritation due à la présence des calculs existe bien aussi pour la vésicule, mais elle est incomparablement plus faible que dans les canaux hépatiques, dont le calibre est en grande partie oblitéré par les concrétions. C'est là, je crois, l'ex-

plication de la différence de douleur, et, si parfois celle-ci devient expulsive, c'est que des calculs occupent à la fois l'un des conduits biliaires et le réservoir cystique ».

Cette douleur est exagérée par la pression, la palpation, les mouvements respiratoires, la toux, et, sans empêcher les malades de continuer de vaquer à leurs travaux, est une gêne très pénible pour eux.

Bientôt apparaît un empâtement de la région occupée par la vésicule, empâtement profond répondant au travail péritonitique. On observe souvent de l'œdème de la peau, de l'exagération de la circulation collatérale.

Les troubles digestifs manquent rarement. Ils consistent en douleurs erratiques, nausées et vomissements.

Les signes de la péritonite localisée peuvent aussi exister : vomissements, constipation ou alternatives de constipation et de diarrhée ; entéralgie, urines rares et chargées, pouls petit et irrégulier, dyspnée plus ou moins prononcée (Denucé).

L'état du foie et des voies biliaires est susceptible d'entraîner de l'ictère.

Alors, tantôt, si la vésicule enflammée est adhérente à la paroi abdominale, on peut sentir sous le gonflement une tumeur piriforme descendant du foie vers l'ombilic ; tantôt la glande hépatique, qui n'a pas augmenté de volume, n'est nullement perceptible, et l'on ne reconnaît l'existence d'une tumeur qu'au moment où, convertie en abcès, elle va faire place à la fistule.

Cependant cette période de suppuration arrive au bout d'un temps très variable. Elle peut mettre de quelques jours à plusieurs mois.

Mais, cette tumeur dans l'hypochondre droit est la forme normale. Ainsi que le prouvent nos observations, le phlegmon peut se montrer en un point quelconque de la paroi abdominale, défiant ainsi le diagnostic. En dehors de l'hypochondre, il peut se montrer à l'épigastre, à l'hypogastre, souvent à l'ombilic, dans l'aîne, après avoir simulé une appendicite, etc.

Quoi qu'il en soit, on voit un jour apparaître sur la paroi une tuméfaction, chaude, rouge, douloureuse, accompagnée quelquefois de symptômes généraux, vomissements, ballonnement du ventre, un peu de fièvre; parfois un ou deux petits frissons répondant à la formation du pus.

Alors, apparaît la fluctuation. Celle-ci dure peu, et n'est souvent perceptible qu'en un point de la tumeur. Puis, la tumeur se culmine, la peau s'amincit et se perforé, à moins que le bistouri n'ait prévenu cette solution spontanée.

La fistule est établie.

Du pus s'échappe ordinairement de la perforation, pus de mauvaise nature, mélangé ou non à de la bile. Parfois, de la bile pure. Des calculs peuvent suivre avec la bile; ils peuvent ne sortir que plus tard.

B. — *Symptômes qui suivent l'ouverture de l'abcès.* — Ces symptômes, symptômes de la fistule, sont ceux qui suivent l'ouverture spontanée ou l'incision du phlegmon. Ce sont ceux qui permettent de reconnaître la nature de la fistule à une époque plus ou moins éloignée de sa formation.

Cette fistule présente à la paroi un seul ou plusieurs orifices; le plus souvent, cependant, il n'existe qu'un seul

orifice, en particulier à la suite des phlegmons de l'hypochondre droit.

Quand l'abcès siège dans la région ombilicale, il est rare qu'il n'y ait pas plusieurs orifices siégeant en des points quelconques auprès du nombril.

Lorsque la fistule est récente, l'orifice n'a aucun caractère qui le différencie sensiblement de celui d'une autre plaie. Mais si elle persiste, il prend des caractères tout autres. Les bords en deviennent la plupart du temps fongueux, très mous; ils saignent avec la plus grande facilité.

On trouve cependant, dans certains cas, des bords amincis, avec un décollement de la peau plus ou moins étendu. Ils peuvent aussi être durs, calleux (Boyer).

Souvent, ainsi que nous le verrons un peu plus loin, l'orifice cutané se ferme pour un temps indéterminé, puis, s'ouvre de nouveau, soit au même endroit, soit à côté, soit même très loin de l'orifice primitif. Il peut présenter plusieurs fois de suite cette particularité. Cela tient au nombre des calculs et à la plus ou moins grande facilité avec laquelle ils s'éliminent.

L'anatomie pathologique de la formation de l'abcès, nous a appris qu'à chacun des orifices peut succéder un trajet fistuleux, ou même qu'il peut n'exister qu'un trajet unique pour plusieurs orifices. Le calibre et la direction sont, non seulement des plus variables, mais encore quelle que soit la direction du trajet fistuleux, celui-ci peut avoir un calibre irrégulier pour les différentes parties de son parcours. L'exploration à l'aide du stylet pourra donner

d'utiles renseignements sur la forme, la direction, le calibre, les sinuosités du trajet.

Le pus, qui, à l'ouverture du phlegmon, est teint par le sang ou la bile, et coule à ce moment en abondance, diminue au bout de quelques jours, et il finit par s'établir un simple suintement séro-purulent. En tout cas, les caractères de ce pus sont trop variables pour qu'on puisse les rapporter à un type quelconque. Nous voyons, dans de rares observations, qu'au premier écoulement purulent de l'ouverture, peut succéder un écoulement de bile pure. Dans l'observation rapportée par Fauconneau-Dufresne, par exemple, on voit sortir pendant deux mois du pus, puis, brusquement, à la suite d'un lavement, une grande quantité de bile, quantité qui, pendant plusieurs mois, atteignait 35 à 40 gr. par vingt-quatre heures, puis diminua beaucoup par la suite.

Disons enfin, pour terminer cette énumération des signes locaux, que la tumeur du début de la formation de l'abcès diminue de volume après l'établissement de la fistule, mais est encore perceptible ; la pression douloureuse fait sortir une certaine quantité de liquide.

Les symptômes généraux ne font pas défaut.

Dans la grande majorité des cas, les malades ont un appétit considérablement diminué, des digestions pénibles, tous les phénomènes de l'embarras gastrique. Souvent, quand survient un écoulement de bile un peu considérable, ils sont plongés dans un abattement profond.

Les selles sont blanchâtres.

Les urines sont ictériques,

Des accès de coliques hépatiques surviennent parfois dans le cours de l'affection.

L'ictère, quelquefois considérable au début de la maladie, diminue graduellement. D'autres fois, il ne se manifeste que par une teinte subictérique.

La fièvre apparaît de temps en temps. Charcot a étudié un type de *fièvre intermittente hépatique*, qu'il attribue à la présence du pus dans les voies biliaires.

SYMPTOMATOLOGIE (*suite*).

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.

La fistule biliaire, telle que nous venons de la décrire, s'est constituée, soit spontanément, soit à la suite d'une incision chirurgicale.

Que va-t-il se passer dans les jours suivants ? Plusieurs alternatives sont à considérer :

Dans une première série de faits, l'on voit succéder à la fistulisation un abondant écoulement de pus, quelquefois pur, d'autrefois mêlé de bile et de calculs. Puis, très rapidement, la sécrétion diminue, devient séro-purulente, et finit par se tarir. En même temps, la plaie bourgeonne de la profondeur et se comble peu à peu. En quelques semaines, la guérison spontanée est complète.

Ces cas heureux correspondent à des fistules se terminant en cul-de-sac du côté du réservoir biliaire. Il s'agit de véritables fistules borgnes externes, qui, par suite de l'obstruction complète du canal cystique (par coudure, sténose, rétraction scléreuse, etc.), n'ont plus aucune connexion avec les voies biliaires inférieures.

On doit admettre qu'en pareil cas la vésicule, étant depuis longtemps déjà séparée du cholédoque par le processus suppuratif, s'est ouverte à la paroi abdominale à la manière d'un abcès du foie ou d'un kyste hydatique

suppuré. Elle se comporte de même et se comble par bourgeonnement.

Dans une seconde catégorie de malades ; après la création de la fistule avec issue de pus et de calculs, on assiste à une véritable débâcle biliaire ; une grande quantité de bile vient sourdre incessamment par la fistule et souiller le pansement.

Cette éventualité s'observe surtout, lorsque l'orifice anormal s'est constitué chez des lithiasiques en état d'ictère depuis un temps plus ou moins long. Elle correspond évidemment à une imperméabilité du cholédoque. Deux alternatives sont alors possibles : ou, à la suite de l'évacuation du calcul, les voies biliaires se dégagent, l'écoulement externe diminue rapidement, la guérison spontanée survient comme précédemment — ; ou, l'écoulement peut persister indéfiniment, soit à l'état de bile pure, soit à l'état de bile mélangée de sérosité et de pus.

De temps en temps, il semble que cet écoulement soit à la veille de se tarir ; le trajet s'oblitére. Mais la région bientôt devient douloureuse, empâtée ; le malade a une poussée de fièvre, par suite de la rétention qui s'opère dans sa poche biliaire. De nouvelles fistules peuvent même se constituer, si on n'y met ordre.

Ceci a lieu lorsque le trajet fistuleux est en rapport avec l'existence d'un calcul profondément situé dans la vésicule, ou le canal cystique, ou le cholédoque, et qui agit à la manière d'un corps étranger.

On voit alors apparaître un état grave avec amaigrissement progressif, diminution de l'appétit, troubles diges-

tifs, décoloration des matières, tous phénomènes en rapport avec la suppression de la fonction biliaire.

C'est à de tels cas qu'il importe d'appliquer rapidement une thérapeutique active.

DIAGNOSTIC.

Comme nous l'avons fait pour la symptomatologie, nous étudierons le diagnostic de l'affection : avant la formation de la fistule, et lorsque celle-ci est établie.

Ce diagnostic sera plus ou moins difficile suivant la région occupée par le phlegmon ou la fistule. Il est bien évident, en effet, qu'une tumeur située dans la région hépatique ou sus-ombilicale sera d'une moins grande difficulté pour le diagnostic qu'une tumeur située dans la région sous-ombilicale.

Un grand appoint, pour ce diagnostic, est de ne pas négliger les antécédents du malade. Nous l'avons vu, la cause la plus fréquente des phlegmons biliaires est la lithiase. Le malade est-il sujet aux coliques hépatiques ? A-t-il rendu des calculs dans les selles ? A-t-il eu de l'ictère ? L'affirmative mettra sur la voie du diagnostic d'une tumeur biliaire.

I. — *Diagnostic de la tumeur.* — *a).* — *Phlegmon biliaire de l'hypochondre droit.* — Quand la tumeur avant la formation de la fistule, aura son siège à la région de l'hypochondre droit, et c'est le cas le plus ordinaire, le diagnostic sera à faire avec toutes les affections suppuratives du foie :

D'abord, avec un *abcès du foie*. — La douleur locale ne peut guère donner de renseignements. C'est alors qu'il faudra avoir recours aux antécédents du malade, s'informer s'il n'a pas séjourné aux colonies, s'il n'est pas atteint depuis quelque temps de dysentérie, auquel cas on conclurait à un abcès hépatique. — Des accès antérieurs de colique hépatique et l'ictère seraient au contraire en faveur de la cholécystite.

Avec un *kyste hydatique suppuré*. — Il sera facile, en général, d'écarter l'idée d'un kyste hydatique ; dans ce cas, on pourra, en effet, retrouver dans l'histoire du malade l'existence de la tumeur avant la période d'infection, avec son indolence, sa fluctuation spéciale, et il sera possible de sentir quelquefois le frémissement hydatique, quoique ce dernier signe soit bien inconstant. Des éruptions d'urticaire successives seront d'un grand poids en faveur d'un kyste.

Avec un *empyème de nécessité*. — Dans ce cas, on constate, en dehors de la tumeur de l'hypochondre, les signes d'un épanchement pleural, matité, suppression des vibrations thoraciques, égophonie, souffle voilé, pectoriloquie aphone, gêne respiratoire, refoulement du cœur, etc.

Avec un *phlegmon de la paroi*, par inoculation externe, par exemple. Ce diagnostic pourrait être hésitant avant l'ouverture de l'abcès. Un phlegmon diffus s'annonce par une rougeur beaucoup plus vive que celle de la tumeur biliaire : sa marche est plus rapide, et il s'accompagne d'une fièvre souvent intense, de frissons, enfin d'un cor-

tège de symptômes généraux graves, qui s'observent rarement dans l'affection calculeuse.

Avec un *abcès froid costal*, enfin. Cette tumeur survient sans aucune douleur, sans rougeur à la peau ; elle se montre chez un malade offrant généralement les stigmates de la scrofule ; elle n'est pas toujours unique. Ce n'est pas tout-à-fait au début qu'elle offre de l'empatement, de la dureté, comme la tumeur biliaire. Du reste, il est souvent facile de déceler l'existence de la tuberculose costale originelle.

Avec un *abcès sous-phrénique*. Le diagnostic avec un abcès péri-hépatique, qui peut être sous-diaphragmatique, sera toujours délicat jusqu'à l'apparition des calculs. (Mauclaire).

β. — *Phlegmon biliaire de siège anormal*. — La tumeur occupe-t-elle la région sous-ombilicale ? Le diagnostic sera quelquefois si difficile, que le chirurgien sera, la plupart du temps, réduit à attendre l'ouverture de l'abcès et l'évacuation de son contenu.

Le diagnostic, ici, pourra s'imposer avec :

Un abcès stercoral. — Dans ce cas, il y a un arrêt plus ou moins marqué des matières fécales ; de la fièvre, des vomissements, et, du côté de la tumeur, de la sonorité due à des gaz.

Une appendicite ou une pérityphlite. — On a pu croire à une appendicite avec phlegmon péri-cœcal, lorsque la vésicule, très abaissée, avait donné lieu à des phénomènes de péricholécystite simulant tout-à-fait un phlegmon d'origine iliaque. C'est ainsi que nous avons pu relever dix cas de fistules biliaires externes siégeant dans la

fosse iliaque droite. Le diagnostic entre les phlegmons biliaires de siège anormal et la pérityphlite est d'une extrême difficulté, et ne peut guère être fait que si l'on constate nettement chez le malade des accès de coliques hépatiques avec émission de calculs par les selles. Ce qui augmente encore la difficulté, c'est qu'il peut y avoir coïncidence d'appendicite et de lithias biliaire.

Une pyonéphrose. — Le diagnostic pourra s'éclaircir tôt ou tard par l'examen des urines. La présence de pus dans celles-ci lèverait tous les doutes. Au cas où la fistule existe, l'écoulement de bile dans un cas, d'urine dans l'autre, fait disparaître les dernières hésitations.

Avec un abcès par congestion. — La distinction sera en général facile par la constatation de la lésion vertébrale et de l'état général du sujet.

La ponction exploratrice pourrait, dans quelques cas, surtout pour les tumeurs de l'hypochondre droit, rendre de grands services. Elle révélerait, par exemple, dans le cas d'un kyste hydatique, la présence des crochets d'ecchinocoques; tandis que dans le cas d'une tumeur biliaire, elle pourrait amener du pus mélangé à de la bile.

Mais, nous croyons que le meilleur moyen de diagnostic est encore l'incision large au bistouri, d'autant plus que c'est, dans tous les cas, le meilleur moyen de traitement et la décision à laquelle il faut se ranger le plus tôt possible, de telle sorte que l'incision exploratrice constitue en même temps le premier acte du traitement.

I. — *Diagnostic de la fistule.* — Lorsque la tumeur est ouverte, soit spontanément, soit à l'aide du bistouri,

lorsque la fistule est établie, le diagnostic est plus évident.

Nous avons vu que dans presque tous les cas, il s'échappait immédiatement du pus mélangé à de la bile, et que souvent, après la disparition du pus, la bile continuait à couler seule.

Dans certains cas, on voit apparaître un ou plusieurs calculs peu de temps après l'ouverture. Dans un grand nombre d'observations, on les voit sortir successivement à des époques plus ou moins éloignées les unes des autres.

Si le calcul tarde à sortir, ordinairement parce qu'il est trop volumineux, une exploration avec le stylet permettra de le reconnaître. Mais cette exploration devra être prudente, pour ne pas s'attirer d'accidents du genre de ce chirurgien du siècle dernier qui perfora la poche biliaire.

Cette exploration, par le fait même de la discrétion qu'il faut toujours y apporter, reste souvent infructueuse dans les commencements. Il faut la renouveler souvent. Le stylet est, en effet, parfois arrêté par des brides néomembraneuses, que l'on parvient, avec de la patience, à détruire ou à franchir. La présence de nombreuses sinuosités oblige souvent à un redoublement de précautions.

Enfin le calcul n'est pas toujours perçu dès les premières tentatives.

Lorsqu'il s'agit d'un *kyste hydatique*, la présence des hydatides lève tous les doutes.

S'il s'agissait d'une *fistule stercorale*, les matières fécales rejetées par l'ouverture fistuleuse, feraient voir de suite la nature de la fistule. Il faut cependant se méfier de l'o-

deur qui pourrait être perçue à l'ouverture de l'abcès. Dans l'observation VII, relatée par Th. Anger, ce chirurgien parle d'un médecin, qui, à l'ouverture d'une tumeur biliaire, pensa avoir affaire à une fistule stercorale venant du côlon. Th. Anger explique cette erreur en disant que les gaz intestinaux avaient dû remonter dans la vésicule par l'intermédiaire du cholédoque considérablement élargi.

Difficile sera le diagnostic avec une fistule succédant à un *phlegmon sous-péritonéal*, quand le malade se présente avec une fistule dont il est atteint déjà depuis quelque temps, quand tous les signes inflammatoires ont disparu. Dans ce cas, les commémoratifs pourront servir.

Nous voyons, dans l'observation V, publiée par Huguiet, que deux petites fistules, consécutives à des fistules abdominales, et siégeant dans la région susclitoridienne, ont été prises pendant quelque temps pour des *fistules vésico-vaginales*, mais que l'analyse du liquide démontra l'absence de l'urine; puis, qu'on porta le diagnostic d'hyper-sécrétion du liquide utérin. Il va sans dire que cette cause d'erreur est tout à fait exceptionnelle.

PRONOSTIC

Le phlegmon biliaire pariétal ne présente par lui-même qu'une faible gravité. On peut même dire qu'il constitue un mode d'évolution favorable de la cholécystite suppurée, affection d'une gravité indéniable. C'est une terminaison qui, sans conteste, est préférable à l'ouverture dans l'estomac, dans l'intestin, dans le rein.

a). — L'analyse des observations montre qu'assez souvent la fistule biliaire aboutit à la guérison spontanée (observations de Meersman, de Tampelini, de Th. Anger).

Dans tous ces cas, éminemment favorables, la nature réalise pour ainsi dire la cholécystostomie spontanée en deux temps : stade d'adhérences, stade d'ulcération.

b). — Quand il y a partage de la bile entre la fistule et le cholédoque, l'orifice anormal de la vésicule constitue une infirmité compatible avec un état de santé indéfiniment bon.

c). — Quand la fistule persiste indéfiniment, en livrant passage à la totalité de la bile, on doit encore la considérer comme un accident favorable ; elle sert de soupape d'échappement à la glande hépatique, et épargne au foie et à l'organisme les inconvénients de la rétention biliaire (cirrhose calculeuse, ictère chronique, cholémie). La fis-

tule biliaire, avec écoulement de la totalité de la bile au dehors, constitue certes une affection sérieuse, mais on doit cependant la considérer comme une éventualité heureuse, parce qu'elle substitue un péril éloigné à un danger immédiat. Elle réalise, en effet, le traitement palliatif d'un état grave, à savoir, la rétention biliaire par obstruction complète du cholédoque. Ne voyons-nous pas, en effet, le chirurgien amené à créer journellement des fistules biliaires dans les cas d'obstruction des voies biliaires par calcul ou néoplasme ?

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Issue de calculs biliaires par un abcès au-dessous du nombril. Guérison spontanée (Docteur Alli de Brünn. Oester med. Jahr Bd XII, Heft, I, in Arch. méd. 1839, p. 235. — Rapportée par Deschamps, in th. Paris, 1886).

Femme de 46 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1828. A cette époque, fièvre nerveuse? En 1829, métrorrhagie ayant duré un mois, et l'ayant affaiblie beaucoup. En 1830, à la suite d'un travail forcé et longtemps prolongé, elle commence à éprouver des douleurs dans l'hypochondre gauche. En 1831, il se forme une tumeur sous les fausses côtes du même côté. Ces symptômes persistent sans modifications jusqu'en 1834.

En se rendant aux eaux de Baden, elle éprouve une vive douleur dans l'hypochondre droit, de la céphalalgie, des nausées. Vers la fin de juillet, la peau s'enflamme près de l'ombilic; il se forme un abcès qui s'ouvre et donne issue à une quantité considérable de pus. L'ouverture resta fistuleuse : les bords étaient durs, douloureux, enflammés; les douleurs continuaient à se faire sentir, lorsque le 20 septembre la malade retira de l'ouverture un calcul biliaire de la grosseur d'un œuf de pigeon. A ce moment, l'état général de

la malade était grave : elle présentait un amaigrissement prononcé, une fièvre continue avec exacerbation le soir, des sueurs nocturnes, de la constipation, des urines épaisses et glaireuses. La fistule n'avait que les dimensions d'une lentille : en y introduisant un stylet, on rencontrait à la profondeur d'un pouce, un corps dur et immobile. Cette ouverture fut agrandie au moyen de l'éponge préparée. Le 25 novembre, le calcul devint mobile ; le chirurgien, en s'efforçant de le saisir avec des pinces, le brisa et retira quatre gros fragments et quelques petits.

Après cette extraction, la santé de la malade s'améliora, et les douleurs devinrent moins vives. Cependant la fistule ne se cicatrisait pas. En mai 1835, un quatrième calcul fut retiré. Quinze jours après, l'ouverture était complètement fermée, et, un mois après, la malade complètement rétablie.

OBSERVATION II

Phlegmon biliaire de la région hépatique. (De Meersman. *Mémoires de la Société de médecine d'Anvers*, 1840).

Mme N..., âgée de 73 ans, présentait les indices extérieurs d'une affection organique du foie. Malgré l'emploi rationnel des moyens préconisés en pareille occurrence, la maladie fit des progrès. Une douleur vive se déclara dans l'organe affecté, et s'accrut bientôt au point de ne plus laisser de repos à la malade. La fièvre éclata en même temps avec une violence qui fit craindre prochainement une issue fâcheuse. Les sangsues, les cataplasmes émolliens et narcotiques sur la région du foie, et les calmans à l'intérieur furent mis en usage, afin d'entraver la maladie dans sa marche précipitée ;

mais en vain ; le cortège des symptômes alarmans marchait à grands pas en dépit de toutes ces ressources thérapeutiques, lorsque le troisième jour il survint, dans la région affectée, une tumeur accompagnée des symptômes ordinaires du phlegmon aigu. Dès lors la formation d'un abcès ne fut plus douteuse, et bientôt après la fluctuation fit reconnaître la nécessité de l'ouverture à laquelle M. de Meersman procéda immédiatement. La grande quantité de bile qui se trouvait mêlée au sang et le pus sorti du foyer de l'abcès indiquaient qu'il y avait obstruction du canal cholédoque ; en conséquence, il fallait laisser une issue à la bile, qui ne pouvait plus couler par son conduit naturel. A cet effet, il introduisit une mèche dans l'ouverture ; la malade fut soulagée par l'évacuation de l'abcès ; à tel point qu'elle disait ne plus souffrir du tout. Après quelques jours, et quand les symptômes inflammatoires eurent disparu, M. de Meersman se mit en devoir de sonder la fistule biliaire.

Cette manœuvre lui donna l'assurance qu'il y avait un corps étranger dans le foyer de l'abcès, dont la longueur approximative était de quatre pouces, et le diamètre transversal d'un pouce à peu près.

La plaie fut agrandie en proportion du volume du corps étranger, et celui-ci extrait au moyen des tenettes ordinaires.

La malade guérit parfaitement en vingt jours, au moyen d'une position convenable et des cautérisations avec le nitrate d'argent.

OBSERVATION III

Phlegmon biliaire de l'hypochondre droit. Fistule consécutive.
(Fauconneau-Dufresne. Mémoires sur les calculs biliaires, 1844).

Un capitaine en retraite, âgé de 60 ans, que le docteur Civiale traitait de la pierre à Necker, eut un abcès à l'hypochondre droit. On fit une application de potasse caustique, puis on incisa l'escharre. Il en sortit trois verres de pus grisâtre. L'ouverture resta fistuleuse, et du pus continua à suinter. Deux mois après, le 10 janvier 1832, le malade ayant pris un lavement, il s'échappa brusquement de la plaie un flot de bile. Cette liqueur continuant à s'échapper au dehors assez abondamment, il en résulta un grand abattement. Pendant plusieurs mois, il s'en écoula en vingt-quatre heures, une quantité estimée de 30 à 45 gr. Au mois d'avril, le malade quitta Paris, fuyant le choléra. Au mois d'août 1833, j'eus l'occasion de le revoir : la fistule persistait ; mais il n'en sortait qu'une très petite quantité de bile.

OBSERVATION IV

Fistule biliaire de l'hypochondre droit. Guérison spontanée.
(Tampelini. Société de médecine de Moulins, 1845).

Un vieillard de 69 ans fut atteint, en 1837, d'une pneumonie à la base du poumon droit, avec complication d'hépatite ; la guérison fut assez prompte, à part une douleur dans l'hypochondre droit, qui persista jusqu'en 1839, deux ans après la première maladie, époque à laquelle elle augmenta et résista

à tous les moyens de traitement. Enfin, en 1842, une tumeur se forma dans la région malade, se ramollit, s'ouvrit et donna issue à un pus blanc sale, épais, inodore. L'ouverture resta fistuleuse, et, en 1844, il en sortit un fragment de calcul biliaire, après quoi, elle se cicatrisa ; puis, à la suite d'une recrudescence, des accidents survinrent au bout de six à sept mois la cicatrice se rompit et laissa passer un autre fragment de calcul s'adaptant très bien au premier, et se referma pour ne plus se rouvrir.

OBSERVATION V

Fistules hypogastriques et susclitoridiennes entretenues par des calculs biliaires. (Huguier. Gazette des hôpitaux, 8 oct. 1846).

A la salle Sainte-Marie, n° 18, est couchée la nommée Françoise P.-M..., âgée de soixante-et-un ans. Cette femme, d'une forte constitution, n'a pas eu d'enfants, elle a seulement fait une fausse couche à deux mois de grossesse. Elle dit avoir toujours été d'une mauvaise santé depuis son mariage, c'est-à-dire depuis l'âge de dix-sept ans.

Il y a vingt-cinq ans environ maintenant, elle fit une chute de dessus une échelle, de la hauteur d'un mètre à peu près. Dans cette chute, l'hypochondre droit heurta violemment sur les montants de son lit. Au bout de six semaines, il se développa de la tuméfaction dans la partie supérieure du flanc droit et dans la moitié droite de l'épigastre, au-dessous de la région correspondant au foie. Cette tumeur resta sans faire de progrès bien sensibles pendant près de trois ans. Au bout de ce temps on l'ouvrit avec un bistouri très étroit ; il en sortit environ un quart de litre, dit-elle, d'un liquide séro-

sanguinolent et purulent, qui, depuis quelques mois, sortait déjà par le fondement, et était mélangé aux matières fécales. De plus, et de temps en temps, elle rendait, avec les matières excrémentitielles, des calculs jaunâtres, en assez grande quantité à la fois ; d'après la description qu'elle en donne, il est difficile d'admettre que ce pût être autre chose que des calculs biliaires.

Quatre ans après, de nouvelles tumeurs se formaient autour du point où avait existé la première, mais petites : ces tumeurs s'ouvrirent, restèrent fistuleuses, et par leur orifice s'écoulait continuellement un liquide semblable à celui qui en était sorti précédemment, lors de la première incision, et qui suintait encore par ce même pertuis. Il paraît, d'après son dire, qu'une tumeur persistait à l'épigastre, tumeur douloureuse qui resta apparente et facilement appréciable au toucher pendant dix-sept ans, et disparut subitement à la suite d'une selle pendant laquelle elle rendit un caillot sanguin enveloppé, dit-elle, dans une fausse membrane, le tout formant, dit-elle encore, un volume égal à celui du poing, ce qui est probablement un peu exagéré. Déjà depuis longtemps elle rendait du sang par l'anus. Il y a eu trois ans au mois de mars dernier qu'elle fut ainsi guérie de sa tumeur épigastrique.

Depuis onze ans, elle souffrait du bas-ventre ; elle n'a cependant reçu dans ce point aucune contusion, et ne se rappelle avoir été exposée à aucune cause appréciable qui ait pu déterminer la production de cette douleur. Il paraît qu'après une application de sangsues à la cuisse droite, elle fut prise d'une tuméfaction au bas-ventre. Cette tumeur, très douloureuse, surtout pendant les premiers temps de son existence,

s'ouvrit et donna lieu à des fistules qui persistent encore au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, et par lesquelles un liquide purulent s'écoule continuellement en petite quantité. Cette tumeur s'ouvrit il y a six ou sept ans, à la suite d'injections astringentes que la malade se faisait par les fistules du flanc droit. Il y avait donc communication entre les fistules de l'épigastre et de l'hypochondre et la tumeur hypogastrique. La tumeur s'était évacuée par une dizaine d'ouvertures. Depuis quatre mois, plusieurs autres pertuis se sont formés, à la suite de deux chutes que fit la malade de sa hauteur par terre.

Au moment de l'entrée, il existe des fistules béantes à l'hypogastre et dans le flanc droit ; il y a un suintement continu par l'ombilic et par l'anus, des hémorroïdes volumineuses. La santé de cette femme est très altérée.

Un écoulement d'un liquide clair, séreux, assez analogue à l'urine, a lieu par le vagin ; ce liquide s'y reproduit sans cesse à mesure qu'on l'absterge. La muqueuse vaginale et vulvaire est visiblement enflammée.

On soupçonne, au premier examen, l'existence d'une fistule vésico-vaginale ou utéro-vésicale ; mais une exploration des plus attentives ne peut rien faire découvrir de ce côté. Le spéculum fut introduit, laissé en place pendant un certain temps, et l'on constata qu'il sortait une très grande quantité de ce liquide, qui, soumis à l'analyse, ne présenta aucun des caractères de l'urine. M. Huguier eut la pensée que ce pouvait être le résultat d'une hypersécrétion du liquide utérin.

En conséquence, il prescrivit l'usage des toniques, des sudorifiques et de l'iodure de potassium, traitement sous l'influence duquel les fistules de l'hypogastre se cicatrisèrent.

En examinant alors de nouveau la malade, on découvrit à la commissure supérieure de la vulve, au-dessus du clitoris, un autre orifice fistuleux par lequel s'écoulait un liquide purulent. Un stylet introduit par cet orifice pénétrait dans un trajet anfractueux qui remontait dans toute la longueur du pénil, et venait rejoindre un autre trajet parti de l'hypogastre, à 8 ou 9 centimètres du bord supérieur du pubis. Dans ce point se trouvent deux ouvertures placées à 10 centimètres l'une de l'autre, et par lesquelles on pénètre dans un trajet qui va rejoindre l'orifice situé à la commissure supérieure de la vulve.

Nous avons dit qu'au bout de trois semaines, et sous l'influence du traitement général prescrit par M. Huguier, les deux ouvertures de la partie supérieure du pénil se cicatrisèrent et cessèrent d'être perméables. L'orifice de la commissure supérieure resta seul perméable.

Le 3 septembre, on introduit par ce trajet un stylet qui pénètre en remontant à une profondeur de 6 centimètres environ ; puis, sur la cannelure du stylet, on glisse un bistouri qui divise le trajet dans toute son étendue ; un peu au-dessus de l'ouverture inférieure on rencontre un corps dur qui est extrait avec précaution, et que l'on reconnaît tout d'abord pour un calcul biliaire de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, à facettes planes, affectant une forme cuboïde. A côté l'on rencontre, en explorant attentivement, un calcul semblable, que l'on extrait en pratiquant un nouveau débridement.

Ces deux calculs se trouvaient enkystés dans les parois abdominales, un peu au-dessus du clitoris, et dans le voisinage de cet organe. Nous avons omis de dire que l'incision

faite le 3 septembre, et qui amena la découverte si inattendue de ces concrétions, avait été faite dans le but de mettre à découvert le fond du trajet fistuleux, afin de permettre d'en modifier directement la surface.

« Comment ces calculs biliaires, ajoute M. Iluguiet avaient-ils pu se rendre ainsi dans le tissu cellulaire de l'hypogastre ? Evidemment il faut admettre, à la suite de l'abcès du foie qui avait existé, la formation d'un trajet fistuleux creusé par les calculs dans l'épaisseur des parois de l'abdomen entre le tégument externe d'une part, et la séreuse péritonéale de l'autre.

La plupart des auteurs qui se sont occupés des abcès du foie ont admis théoriquement la possibilité de la formation de ces trajets fistuleux ; mais rarement ils ont eu l'occasion d'en observer, et peut-être n'existe-t-il pas dans la science un seul exemple d'un canal de cette longueur déterminé par cette cause. Le plus ordinairement les calculs pénètrent, ou dans le péritoine, ou dans une anse intestinale, avec laquelle la vésicule enflammée contracte des adhérences. »

OBSERVATION VI

Calcul biliaire volumineux se frayant une voie par l'hypochondre droit avec rupture de la vésicule et fistule biliaire consécutive. (*Santo Nobili. Archives médicales*, Paris, 1847. Résumée par Deschamps, *in th.* Paris 1886).

Un paysan, âgé de 39 ans, entra à l'hôpital de Caravache pour une dysentérie qui remontait déjà à 6 ans, mais qui s'était aggravée depuis un mois. Maigreux, aspect cachecti-

que, douleurs fréquentes à l'épigastre, de la constriction vers les hypochondres, entéralgie avec ténésme; impossibilité de se courber en avant. En palpant la région abdominale, résistance dans la région du foie. Deux mois après, aux phénomènes précédents s'était ajoutée une petite fièvre qui revenait chaque soir, et une tuméfaction encore plus notable de la région hépatique. Supposant qu'il devait y avoir un corps étranger, on applique de la potasse caustique sur le point le plus saillant. Incision de l'escharre, issue d'une grande quantité de matières blanchâtres, inodores; par l'ouverture on sent avec le stylet un corps dur que l'on prend d'abord pour une fausse côte; la plaie fut dilatée avec de l'éponge.

Au 5^e jour on distingue à l'œil nu, au fond de la plaie, un corps noir qui remplit la cavité de l'abcès et que par une seconde erreur on prend pour une côte sphacélée.

Près d'un mois et demi après on extrait de la plaie un gros calcul biliaire piriforme. Un stylet recourbé pénètre dans toute sa longueur dans un canal qui longe la partie convexe du foie de bas en haut et d'avant en arrière. Tous les matins les pièces du pansement sont imprégnées de bile jaune. Le soir il n'y a qu'un liquide séreux et de petite quantité. Evacuations alvines régulières, de couleur cendrée. Au moment où cette observation a été publiée, le malade se levait, se promenait dans les salles de l'hôpital et se trouvait très bien sous tous les rapports à l'exception de la fistule.

OBSERVATION VII

Calculs et fistules biliaires cutanées. Extraction d'une centaine de calculs à travers la paroi abdominale. (Th. Anger. France Médicale, 16 avril 1879).

Au mois de juillet 1876, je fus appelé auprès d'une dame, âgée de 63 ans, dont la paroi abdominale était pour ainsi dire criblée d'orifices fistuleux disséminés sur des tissus rouges, indurés et très douloureux. Il était évident que toute la région sus et sous-ombilicale avait été le siège de vastes suppurations, qui s'étaient fait jour à l'extérieur à travers de nombreux orifices qui étaient resté fistuleux.

L'introduction du stylet dans ces orifices me permit de constater des décollements, des clapiers qui fournissaient du pus en abondance. Ce pus avait une coloration jaune verdâtre qui rappelait celle de la bile et en interrogeant la malade à ce sujet, j'appris les détails suivants :

Cette dame était née et avait été élevée en Bretagne jusqu'à 21 ans. La Bretagne est le pays du beurre, et ceux qui l'ont habitée savent que le beurre entre pour une part considérable dans l'alimentation des habitants. On y mange du pain beurré avec la viande, avec les légumes, le café au lait, etc. Notre malade m'avoua qu'elle aimait beaucoup le beurre et qu'elle en mangeait encore en quantité quoi qu'elle eût quitté son pays natal depuis l'âge de 21 ans, époque de son mariage. C'est à la suite de sa troisième grossesse, il y a plus de quarante ans, qu'elle ressentit les premières douleurs dans la région du foie mais il est à noter que les coliques

hépatiques ne se sont jamais montrées, soit pendant ses grossesses subséquentes, soit pendant qu'elle était nourrice.

De 1843 à 1847, les crises hépatiques se renouvelèrent souvent et jusqu'au point d'amener des syncopes. Depuis lors, jusqu'en 1873, les coliques hépatiques n'apparurent qu'à de rares intervalles, cependant la malade se plaignait presque constamment d'un sentiment de pesanteur au côté droit.

En novembre 1873, douleurs vagues.

En mars 1874, nouvelles crises hépatiques, douleurs intolérables au côté droit, dans le dos et dans toute la région épigastrique, accompagnées de vomissements et d'une grande faiblesse. A deux reprises, l'ictère paraît.

A partir du mois d'août, reprise complète des forces, mais persistance d'un sentiment de pesanteur au côté droit.

En février 1876, nouvelle attaque de coliques hépatiques; pesanteur au côté droit, constipation et vomissement, perte complète de l'appétit, ventre ballonné et difficulté énorme pour marcher.

Au commencement d'avril apparaît une proéminence rouge et douloureuse à droite un peu au-dessus de l'ombilic. Bientôt le gonflement gagne toute la partie inférieure du ventre et le membre inférieur droit.

La tumeur, fortement distendue, s'ouvre brusquement le 15 avril, en faisant entendre un bruit pareil à celui d'une bouteille de champagne que l'on débouche, et il s'en échappe un jet de matières aqueuses, ayant une odeur très prononcée de matières fécales.

Le médecin qui fut appelé crut reconnaître l'ouverture

d'une fistule sus-ombilicale communiquant avec l'intestin grêle. Le lendemain, il y eut une garde-robe très abondante succédant à 15 jours de constipation.

Vers la fin d'avril, à une extrême faiblesse et au gonflement persistant du bas-ventre et du membre inférieur droit s'ajouta l'apparition de taches noirâtres disséminées sur la peau du bas-ventre, et bientôt ces points se transformèrent en orifices fistuleux qui donnèrent issue à un magma noirâtre contenant une quantité de petits calculs biliaires.

Lorsque la malade vint me trouver, les régions sus et sous-ombilicale étaient le siège de vastes clapiers rouges et indurés qui l'empêchaient de marcher.

Les fistules, au nombre de quatre, laissaient écouler un liquide sanieux, jaunâtre, teinté de bile. Toute la paroi abdominale était douloureuse au toucher depuis le rebord des fausses côtes jusqu'au pubis.

La malade perdait chaque jour ses forces et était minée par une sorte de fièvre hectique.

En sondant les trajets fistuleux, je m'assurai qu'il existait de nombreux clapiers au-dessous de la peau, et que de larges débridements étaient nécessaires. En outre l'introduction du stylet dans l'orifice supérieur me permit de constater l'existence de calculs biliaires, situés à 5 centimètres environ de la fistule. La présence de ces calculs rendait toute opération inutile, si l'on ne parvenait préalablement à extraire ces calculs.

Il fut donc résolu que l'orifice supérieur serait dilaté, que les calculs biliaires seraient extraits, et que l'on profiterait du sommeil anesthésique pour ouvrir largement tous les trajets fistuleux et les décollements de la peau.

L'opération fut exécutée le 3 septembre 1876. Des tiges de laminaria de plus en plus grosses avaient dilaté l'orifice supérieur de façon à pouvoir y introduire le doigt. Sur ce doigt je conduisis dans la vésicule des pinces à pansement ordinaire, et je retirai environ une centaine de calculs, dont je vais mettre les plus petits sous vos yeux, les gros calculs ayant été conservés par la malade. L'extraction opérée, les trajets fistuleux et les clapiers furent largement fendus et un pansement à l'alcool appliqué sur les plaies béantes.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La fièvre hectique disparut ; l'appétit revint. Les plaies se détergèrent.

Je ferai seulement remarquer que la cicatrisation en fut extrêmement lente, phénomène qu'il faut attribuer au contact de la bile qui pendant quelques temps continua de couler sur les plaies.

Depuis deux ans et demi la guérison ne s'est pas démentie. Cette femme a repris tous les attributs d'une excellente santé. A 65 ans, elle mange, boit, dort et marche comme elle ne l'avait pas fait depuis ses 21 ans.

Réflexions. — Aucune nouvelle colique hépatique n'a reparu. Il est vrai qu'elle s'est mise au régime, et que sur mon conseil elle a complètement cessé de manger du beurre.

Lorsque la tumeur s'ouvrit à la surface de l'abdomen, le médecin qui soignait la malade pensa que la fistule avait dû se faire à travers l'intestin, et que le trajet fistuleux communiquait avec l'intestin.

Or, il n'en était pas ainsi, car il ne s'est pas écoulé de matières fécales par l'orifice de la fistule ; quant aux gaz qui s'étaient échappés lors de l'ouverture de la tumeur, ils étaient

très probablement remontés de l'intestin vers la vésicule biliaire par le canal cholédoque.

Les suites de l'ouverture de la tumeur furent très graves; il se produisit un phlegmon de la paroi abdominale dont l'épaisseur rendit alors l'exploration très difficile. Pour éviter les accidents pouvant résulter de la petitesse de l'orifice de la fistule, il fut nécessaire de dilater cet orifice avec une tige de laminaria. Lorsque la dilatation fut suffisante, on put extraire un très grand nombre de calculs. Il fut possible alors de constater en outre, en introduisant l'indicateur, que le canal cholédoque avait un volume considérable; il avait au moins la grosseur du petit doigt.

OBSERVATION VIII (résumée).

Calcul biliaire. — Ulcération de la vésicule. — Péritonite. — Absès consécutif. — Elimination du pus et des calculs par la paroi abdominale. (Reichardt, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1879).

20 octobre 1878. — Femme de 60 ans, de constitution robuste, un peu obèse, se plaignant de douleurs très vives dans la moitié droite de l'abdomen; ventre ballonné, douloureux à la moindre pression, fièvre, constipation; cet état allait en empirant depuis trois jours. Les symptômes s'amendent peu à peu et la maladie cède tout-à-fait au bout de quinze jours.

Sept semaines plus tard (fin décembre), la malade se plaint d'une tumeur du ventre. Elle est volumineuse, fluctuante, occupant toute la moitié droite de l'abdomen. Au bout de quelques jours, ouverture spontanée de l'abcès qui laisse écouler une grande quantité de pus si épais qu'il se

moule sur l'ouverture, crêmeux, de bonne nature. L'ouverture était circulaire, située sur la ligne médiane à deux centimètres et demi au-dessous de l'ombilic.

Depuis l'ouverture de l'abcès, l'état général est excellent, et grâce à un bandage serré, le pus se vide très bien dans la charpie des pansements.

Dans les derniers jours de février, issue spontanée de trois calculs biliaires ; néanmoins persistance de la fistule ; le pus coule un peu moins abondamment ; il ne renferme pas encore les éléments de la bile.

OBSERVATION IX (résumée).

Fistule biliaire. Cholécystectomie. Guérison. (Communiquée par M. Michaux, en 1889, au Congrès français de Chirurgie).

Je fus consulté à la fin de l'année dernière (1888), au petit hôpital Saint-Michel, par une femme de trente-deux ans, qui souffrait depuis plusieurs années d'une fistule biliaire des plus rebelles, contre laquelle on avait vainement épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale et chirurgicale.

Il y a 7 ans environ que la maladie a débuté par une première crise de coliques hépatiques très nettes, sans accompagnement d'ictère véritable, mais avec une légère teinte subictérique des conjonctives. De nouvelles crises n'ont pas tardé à se reproduire, au nombre de cinq ou six, dans le cours de cette première année.

Les douleurs devinrent alors permanentes dans la région de la vésicule ; bientôt même, elles prirent une intensité plus considérable, en même temps que se développait une

saillie ombilicale, qui s'ouvrit après trois semaines de préparation et donna issue à une notable quantité de liquide séro-purulent.

Huit jours après cette ouverture, des douleurs plus vives se manifestaient dans le trajet, et la malade vit sortir par l'orifice fistuleux un calcul biliaire, du volume d'une noisette, nettement taillé à facettes.

A partir de cette époque, l'écoulement ne se tarit plus. Un an plus tard, la malade se trouvant en Irlande, issue d'un nouveau calcul un peu plus volumineux que le précédent, et comme lui taillé à facettes.

Depuis cette époque, trois autres calculs ont ainsi fait irruption au dehors en suivant la même voie. Il y a environ deux ans, dit notre malade, que sa dernière pierre est sortie.

La fistule n'a cessé de couler et de donner issue à un liquide séreux, jaunâtre, exhalant parfois une odeur bilieuse, fade, et même, dans quelques cas, une odeur très fétide.

Des douleurs hépatiques variables, des phénomènes gastriques pénibles, se joignaient à cet écoulement incessant que rien ne parvenait à modifier.

Notre pauvre malade avait successivement épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale ; tous les petits moyens chirurgicaux avaient été mis en œuvre.

C'est dans ces conditions que la malade me fut adressée par une personne amie de ma famille.

A son entrée au petit hôpital Saint-Michel, le 12 janvier 1889, l'état local était le suivant : ventre plat, plutôt même légèrement excavé ; les rebords costaux, les crêtes iliaques et les muscles droits de l'abdomen se dessinent sous la peau ; l'ombilic est le siège d'un orifice fistuleux à bords indurés

et cicatriciels, par lequel s'échappe le liquide séropurulent décrit plus haut. La région hépatique et celle de la vésicule biliaire font une saillie à peine appréciable à la vue.

On a la sensation d'une tumeur vague et non nettement délimitée. A la percussion, la matité du rebord inférieur du foie déborde légèrement les fausses côtes droites ; la hauteur totale de l'organe ne semble pas augmentée, ni sur la ligne mamelonnaire, ni sur la ligne sternale. De plus, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, une percussion très minutieuse délimite une zone mate, de forme triangulaire, ayant son sommet à l'ombilic, et sa base au bord inférieur du foie, le côté gauche figuré par la ligne blanche, le côté droit par une ligne unissant l'ombilic au milieu du rebord costal droit.

Les stylets les plus fins, engagés dans le trajet avec les courbures les plus variées, ne dépassent pas une profondeur de deux centimètres et demi, et ne fournissent aucun renseignement.

A la fin de janvier 1889, je me décidai à intervenir. Je m'étais auparavant assuré de la perméabilité du canal cholédoque par l'examen des selles. L'examen des matières n'avait révélé ni calcul, ni sables biliaires.

L'opération fut faite le 18 février 1889.

Je fais sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit, une incision verticale de 12 à 15 centimètres, étendue du rebord costal droit au niveau d'une ligne horizontale passant un peu au-dessous de l'ombilic. Cette incision me permet de reconnaître facilement que la vésicule biliaire se présente sous la forme d'une tumeur oblongue, fixée par une extrémité effilée à la cicatrice ombilicale,

adhérente en dedans et en arrière au côlon transverse, reliée supérieurement au foie par une sorte de méso très épais qui se prolonge vers le duodénum, sans qu'il soit possible de distinguer à ce niveau le canal cystique.

Je commence par libérer la vésicule de son adhérence effilée à la cicatrice ombilicale, ce pédicule est sectionné entre deux ligatures, et la portion laissée adhérente à l'ombilic est soigneusement cautérisée au thermocautère au niveau de son extrémité sectionnée. Ce premier temps effectué, je sépare la vésicule des adhérences qui la fixent en dedans au côlon transverse ; bientôt ces adhérences sont si courtes et si étroites que je suis obligé de les sectionner au bistouri.

Au cours de cette libération, exécutée très lentement et avec grand soin, la paroi de la vésicule intimement adhérente à l'intestin est ouverte en un point, et je constate par l'ulcération qui en résulte la présence d'un calcul biliaire ; bientôt l'orifice artificiel est assez grand pour livrer passage à ce calcul, et je constate que je suis obligé d'extraire par la même voie un deuxième calcul à peu près de mêmes dimensions, répondant par une facette plane à une facette semblable que présente l'extrémité supérieure du premier calcul. Pendant cette extraction, un aide protège soigneusement avec des éponges le reste de la cavité péritonéale. Je touche légèrement au thermocautère la portion de la paroi restée adhérente au côlon transverse, et mesurant environ 1 centimètre carré ; deux pinces hémostatiques ferment l'orifice artificiel ainsi créé, et je me mets en devoir de séparer la vésicule de la face inférieure du foie.

Suivant les recommandations de Langenbuch et Thiriar, j'ai soin de me tenir loin du foie, et ayant saisi avec une

pince longue et courte le méso épais qui relie la vésicule au foie, je sectionne avec les ciseaux ce ligament épais et induré ; il n'y a pas d'hémorragie appréciable. La vésicule ne tenait plus dès lors qu'au duodénum ; on reconnut que ses adhérences étaient trop denses et trop étendues pour pousser plus loin la libération sans danger.

Après avoir exploré attentivement toutes ces adhérences, n'ayant constaté dans cette masse fibreuse aucun calcul, aucun relief en rapport avec le canal cystique, je sectionne la vésicule au niveau du point où sa libération cesse d'être possible. La section en est faite au thermo-cautère, après ligature au catgut, et, comme le pédicule restant est encore assez long, je décide de le fixer à la paroi abdominale, au-dessous immédiatement du rebord des fausses côtes. Cette décision fut dictée par la crainte d'accidents septiques probables. Au cas particulier, la marche ultérieure des événements est venue nous donner raison.

Les suites immédiates de l'opération furent bonnes, jusqu'au matin du quatrième jour, la température ne dépasse pas 38° ; mais, le 21 février au soir, elle monte à 38°,5. Le lendemain matin, je juge prudent d'enlever le gros fil d'argent qui traverse le pédicule. J'enlève aussi le crin de Florence le plus voisin. Des gouttelettes de pus s'échappent.

Les jours suivants, la température oscillant entre 38°,5 et 39°,5, je me résous à donner un peu plus de jour au pus en enlevant la plupart des crins qui fixent le pédicule.

Une légère détente s'ensuit ; mais une seconde collection se forme autour du fil d'argent situé au-dessous du pédicule. Il n'y a pas d'écoulement bilieux proprement dit ; ce sont

plutôt des grumeaux de tissu cellulaire sphacélé qui sont colorés en jaune intense par la bile.

Vers le 15^e jour, après des lavages soignés des foyers ouverts et pansés à l'iodoforme, les accidents cessent ; la température redevient normale entre 37° et 37°,5, et la plaie prend un bon aspect.

A la date du 18 mars, tout va bien ; la plaie n'est pas loin de se refermer au voisinage du pédicule, seule partie de l'incision qui ne soit pas réunie, mais le soir de ce jour, la température monte à nouveau à 38°,3 ; pendant quelques jours, elle oscille ainsi entre 37°,4 le matin et 38°,4 le soir ; malgré l'observation la plus attentive, il n'y a rien du côté de la plaie.

Le 22 mars, en examinant à nouveau le pansement, je le trouve inondé de bile. Mais, le lendemain, c'est à peine si la sécrétion purulente est légèrement teintée de jaune verdâtre ; il n'y a pas d'inflammation du voisinage, puis tout rentre dans l'ordre.

Le 2 avril, la plaie est presque fermée ; bientôt la malade se lève et commence à sortir. Elle nous quitte le 26 mai en très bon état, guérie de sa plaie depuis longtemps, et ne se plaignant plus que d'un léger tiraillement au niveau de la cicatrice.

La malade a été revue au mois d'août, et enfin la veille de cette communication (20 octobre), c'est-à-dire huit mois après son opération.

Son état est des plus satisfaisants : le teint n'est plus aussi jaunâtre, mais rosé ; la malade a notablement engraisé ; quant à l'écoulement de la bile dans l'intestin, il doit s'effectuer d'une manière satisfaisante puisque les digestions sont

bonnes, les matières parfaitement colorées ; le résultat de l'opération est des plus satisfaisants.

OBSERVATION X

Fistule biliaire. Cholécystectomie. Guérison. (Communiquée à l'Académie de médecine, par M. Michaux, le 10 juin 1890).

Le 13 décembre dernier, j'examinai dans le service de mon excellent maître M. Léon Labbé, un grand et fort garçon de 26 ans, qui entrait dans son service à l'hôpital Beaujon, pour une fistule siégeant au niveau de la région hépatique et datant du mois de mai 1887.

Les premiers accidents étaient apparus en 1881, sous la forme de coliques hépatiques.

Au mois de mars 1884, une tuméfaction s'était formée lentement dans la région de la vésicule biliaire ; aucun traitement ne vint à bout de la faire disparaître.

Le 31 mars 1887, le malade entre dans le service de M. Labbé qui constate un abcès volumineux de la paroi abdominale profonde et peut-être de la vésicule.

L'abcès est incisé dans une étendue de quinze centimètres, on ne trouve, contre toute attente, ni calcul biliaire, ni liquide bilieux.

La cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Un mois après, le malade quitte l'hôpital, absolument guéri et reprend son travail.

Mais au bout de quinze jours, la cicatrice se rouvre, et une fistule s'établit qui ne donne issue qu'à du liquide muco-purulent.

L'analyse, faite à deux reprises différentes, n'a jamais révélé l'existence des principes biliaires.

M. Labbé conseille de dilater le trajet avec la laminaire pour pouvoir l'explorer avec soin; mais une exploration attentive, pratiquée par mon excellent maître et par moi, ne révèle la présence d'aucun calcul biliaire. Malgré cette absence de calculs perceptibles, nous portons néanmoins le diagnostic de fistule biliaire probable.

Je laisse voir au malade la possibilité d'une guérison radicale par la cholécystectomie, car les moyens simples ne suffisent pas.

Ils sont repris avec patience, mais sans aucun résultat, et nous étant assurés de la perméabilité du canal cholédoque par l'examen des matières, qui n'ont jamais cessé d'être colorées par la bile, nous nous préparons à extirper la vésicule.

L'opération est pratiquée le 2 février en l'absence de M. Labbé, avec le concours de mes excellents maîtres et collègues MM. Peyrot et Schwartz, chirurgiens des hôpitaux, et des externes du service, MM. Adler et Sardou, le 20 février 1890.

Comme dans le premier cas, je fais une incision verticale de douze à quinze centimètres sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Cette incision, d'abord purement pariétale, nous permet de constater l'existence d'une grosse induration de la paroi, qui paraît presque indépendante de la vésicule biliaire, et ce n'est qu'après une exploration soignée à travers le feuillet péritonéal intact, que je sens enfin la vésicule, petite, rétractée, remplie par quelques calculs biliaires.

Suivant le plan que je m'étais proposé, je commence par enlever largement le trajet fistuleux intrapariétal, sans pénétrer d'abord dans son intérieur, mais bientôt des irrégularités me forcent à l'ouvrir directement, et je constate un trajet en I avec des ampoules larges dans l'une desquelles on retrouve un petit tube à drainage.

Cette extirpation terminée, je suis le trajet fistuleux jusqu'à la vésicule à l'extrémité de laquelle il adhérait par un canal très étroit et très mince absolument imperméable ; cette partie de la paroi est suturée, et le péritoine incisé.

Je me mets en devoir d'extirper la vésicule, que je dégage d'abord assez facilement de quelques adhérences légères.

Je la détache ensuite du foie, ce qui s'opère avec prudence et sans hémorragie considérable, à mesure qu'elle s'isole : la vésicule très profondément située peut être amenée vers la paroi, elle était petite et remplie par deux calculs allongés, comme deux petites olives superposées ; le canal cystique n'est pas isolé, pas plus que dans ma première observation, mais la palpation attentive de toute cette région ne révèle aucun calcul.

Je pose donc un fil de soie très solide à la base de la vésicule, et je sectionne au thermocautère ce pédicule soigneusement isolé du reste de la cavité abdominale par un lit de gaze iodoformée.

Le pédicule nous paraissant bien lié, je le laisse sans trop de crainte dans le péritoine et je referme la paroi.

Pendant trois ou quatre jours, le malade fut un peu subictérique, la température monte à 38°, 38°,5, avec un peu d'oppression, mais le ventre fut souple, quelques ventouses sèches dissipèrent les accidents, et, un mois après, la réunion

était complète sans aucun accident et par première intention.

Le malade nous a quitté très content, il est retourné achever sa convalescence dans son pays ; il est revenu ces jours derniers absolument bien portant, et a repris son travail.

OBSERVATION XI (inédite).

Cholécystite suppurée. Abscès pariétal de l'hypochondre droit. Incision et drainage, guérison spontanée. (Obs. recueillie à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu).

Femme de 41 ans, ayant eu deux grossesses normales, dont la dernière date de quinze ans.

Aucun antécédent héréditaire à signaler. Rien dans ses antécédents personnels jusqu'à l'année 1896. A ce moment, elle a deux crises successives de coliques hépatiques, non accompagnées d'ictère.

Il y a deux ans surviennent deux nouvelles crises de coliques du foie, celles-ci accompagnées d'ictère. La jaunisse disparut sous l'influence d'une saison à Vichy. L'examen des matières n'ayant pas été fait à cette époque, il est difficile de dire si la malade a rendu des calculs.

Depuis cette époque, aucun incident ; pas de nouvel accès hépatique, pas d'ictère.

La maladie actuelle a débuté dans les premiers jours de janvier 1901, par une douleur très vive siégeant dans l'hypochondre droit et irradiant dans l'abdomen et dans l'épaule. Cette douleur reste pendant quelques jours le seul symptôme,

jusqu'au moment où le flanc droit se tend, bombé, et fait une saillie manifeste, qui s'accroît avec rapidité, et acquiert en huit jours un volume considérable.

A ce moment, la malade, très négligente de sa santé, se décide à consulter des médecins, qui nous l'adressent immédiatement. Elle entre au pavillon Pasteur (service du D^r Quénu), salle Richet, le 1^{er} février 1901.

On procède à son examen le 2 février.

On se trouve en présence d'une malade amaigrie, les traits tirés. Elle ne présente ni ictère, ni vomissements, ni constipation, ni aucun signe de réaction péritonéale. La température est de 38°, le pouls de 90.

L'hypochondre droit est soulevé par une tuméfaction régulière, qui, en haut, recouvre les dernières côtes, en bas descend jusqu'au niveau de la ligne horizontale passant par l'ombilic, s'étend en arrière jusqu'à la ligne axillaire postérieure, et en avant jusqu'à la ligne médiane.

A son niveau, la peau est rougeâtre, chaude, œdématiée. La fluctuation est manifeste, et sa recherche provoque une douleur de moyenne intensité. La tumeur est irréductible, non animée de battements.

L'examen de l'appareil respiratoire montre l'intégrité de la plèvre, des poumons et du thorax. L'examen de l'abdomen montre l'intégrité de la grande cavité péritonéale. On ne trouve aucun phénomène digestif et gastrique.

L'appareil urinaire est sain.

Pour toutes ces raisons, et du fait du passé nettement hépatique de la malade, on porte le diagnostic de phlegmon pariétal d'origine biliaire, éliminant ainsi l'empyème de nécessité

l'abcès froid d'origine costale, l'abcès sous-phrénique gazeux, le phlegmon péri-néphrétique, etc.

Une ponction exploratrice parfait le diagnostic.

La malade est opérée d'urgence par M. Judet, interne du service.

Le muscle grand droit de l'abdomen est incisé le long de son bord externe, sur une étendue de 8 à 10 centimètres. La paroi est infiltrée. Presqu'immédiatement, le bistouri ouvre une collection contenant environ un demi-litre de pus très fétide, avec lambeaux sphacelés, noirâtres.

Le doigt supprime quelques adhérences lâches qui cloisonnent la cavité ; il reconnaît le rebord costal et rencontre, en un point qui correspond manifestement au siège de la vésicule biliaire, un orifice conduisant dans une cavité qui sans aucun doute est la vésicule. La preuve en est bientôt fournie par la perception de calculs biliaires. Un lavage pratiqué très discrètement avec de l'eau oxygénée ramène six calculs à facettes du volume d'un pois.

Un drainage est pratiqué avec deux gros drains, dont l'extrémité s'enfonce dans la vésicule. On fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires.— La température tombe le jour même.

Les premiers pansements sont souillés de pus teinté d'un peu de bile.

Le 5^e jour, on extrait deux calculs avec une pince de Kocher. L'écoulement de la bile redouble pendant quelques jours, mais en revanche le pus se tarit peu à peu.

Le 3 mars, rien ne sort plus par la fistule. L'écoulement biliaire est tari. La guérison spontanée s'affirme un mois après.

TRAITEMENT

A. — *Traitement préventif.* — Il n'est pas exagéré de dire qu'à l'époque actuelle, on ne devrait plus assister à la production des phlegmons biliaires pariétaux. Les ressources de la chirurgie permettent d'opérer et de guérir les cholécystites suppurées avant l'apparition de la suppuration pariétale. Donc, chaque fois que l'on sera appelé assez tôt, il y aura lieu de traiter la cholécystite suppurée avant l'apparition de la suppuration pariétale, soit par la *cholécystostomie* soit par la *cholécystectomie*.

B. — Lorsque le phlegmon biliaire est constitué, *il faut l'inciser au plus vite*. Il ne paraît pas indispensable de pratiquer des lavages de la poche. Des explorations très discrètes pourront renseigner sur l'état de la vésicule. A la suite de l'incision, deux cas peuvent se présenter.

α). — Ou bien, le malade n'a pas d'ictère, le cholédoque est perméable : la guérison spontanée surviendra vite par fermeture de la fistule. TERRIER n'a-t-il pas, en effet, établi depuis longtemps que les fistules biliaires chirurgicales consécutives à la cholécystostomie, ont une tendance naturelle très grande à se fermer si les voies biliaires sont libres ?

β). — Ou bien le malade a de l'ictère. Il faisait de la

réten tion biliaire manifeste avant l'incision, et continue à en faire après l'évacuation du phlegmon biliaire : la conduite à tenir consiste encore dans l'attente des événements. Au bout de quelque temps, à la suite de l'émission spontanée d'un calcul, le cholédoque pourra redevenir perméable, et le malade rentrer dans la catégorie précédente.

Il peut être indiqué, dans certains cas, d'aller, avec une sonde ou un stylet, par une exploration très prudente, rechercher le calcul qui éternise la fistule. Cette méthode a pu permettre, surtout jadis, des extractions simples de calculs, suivies de guérison. Le *cathétérisme* des voies biliaires, pratiqué avec une grande discrétion, selon les règles données par TERRIER, sera quelquefois suivi de succès. Mais il ne faudrait pas compter outre mesure sur ce moyen.

Si la fistule persiste, c'est, nous l'avons vu, en raison de l'existence d'un calcul profondément situé dans la vésicule ou sur le cystique, soit d'une obstruction du cholédoque.

Si la persistance de la fistule dépend d'un calcul siégeant au niveau de la vésicule ou du canal cystique, il faut intervenir par la *cholécystectomie*. On fera sans aucun regret l'ablation de la vésicule, qui se montre généralement très altérée, et n'est plus qu'une simple poche suppurante, incapable de récupérer un rôle physiologique utile. On s'assurera au préalable, par une exploration attentive, selon les règles établies par le professeur QUÉNU, qu'aucun obstacle ne siège sur le cholédoque. Tout obstacle, même minime, sur le cholédoque est une contre-

indication absolue à la cholécystectomie. Celle-ci, en effet, serait suivie presque infailliblement d'un épanchement de bile septique dans le péritoine avec toutes ses conséquences.

Si la fistule biliaire draine la totalité de la bile, c'est que le cholédoque est imperméable ; il y a urgence à lever l'obstacle. L'intervention s'impose à bref délai. Mais, dans ce cas, elle vise à guérir les accidents provenant des détournements de la bile. La fistule se fermera dès que le cholédoque sera redevenu libre. Le premier devoir du chirurgien est donc d'essayer de rétablir la perméabilité du cholédoque par la *cholédocotomie* suivie de l'extraction du calcul.

Cette partie capitale de l'acte opératoire étant réalisée, on pourra abandonner la fistule à elle-même. Elle ne manquera pas de se fermer, du moment que la bile peut reprendre son cours normal. Mais, si la vésicule est très malade, on sera autorisé à en faire l'ablation.

Si, pour une raison quelconque, la cholédocotomie n'est pas possible, on pourra être amené à faire une *cholécyst-entérostomie*. Par malheur, celle-ci n'est pas toujours possible en raison de fréquentes altérations de la vésicule s'opposant à l'anastomose.

En résumé, la méthode de choix sera variable.

1° Si la fistule coexiste avec un cholédoque à coup sûr perméable, on pratiquera la cholécystectomie. C'est le procédé employé avec succès par MICHAUX ; il pourra être avantageux, avec ce dernier chirurgien, de fixer le pédicule cystique dans la plaie.

2° Si la fistule s'accompagne d'une imperméabilité certai-

ne, ou simplement douteuse du cholédoque, il faut faire, soit la *cholédocotomie*, qui est la méthode de choix, soit la *cholécystentérostomie*, si la *cholédocotomie* est impraticable.

CONCLUSIONS

1° Le phlegmon biliaire, suivi de fistule biliaire externe, est une affection rare, et qui tend à le devenir de plus en plus en raison des progrès de la chirurgie hépatique permettant les interventions précoces.

2° Il reconnaît pour cause la cholécystite suppurée calculueuse dans l'énorme majorité des cas. Dans quelques cas, on l'a vu succéder au cancer des voies biliaires; mais il semble bien alors qu'il y avait coexistence de lithiasé.

3° Il doit être envisagé comme un effort de l'organisme vers la guérison spontanée. Il indique au chirurgien la voie qu'il aurait dû suivre : il réalise, en effet, une cholécystotomie en deux temps.

4° Son pronostic en soi est favorable. Mais ce phlegmon biliaire implique que la lithiasé biliaire est arrivée depuis longtemps à une période grave de son évolution (période des accidents infectieux).

5° Le traitement de la fistule sera, suivant les cas, soit la cholécystectomie, soit la cholécystentérostomie, soit la cholédocotomie dans tous les cas où elle est praticable.

Vu : le Président de la thèse
GUYON

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Anger (Th.).** — Fistules biliaires cutanées. France médicale, 16 avril 1879.
- Barth et Besnier.** — Fistules biliaires cutanées. Dictionnaire des sciences médicales, 1^{re} série, n° 9.
- Courvoisier.** — Statistische Beiträge zur Pathologie und chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1890.
- Calot.** — Ablation de la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1891.
- Chaudron.** — Des fistules biliaires externes. Thèse de Paris, 1878.
- Çruveilher.** — Atlas d'anatomie pathologique, livre XII.
- Denucé.** — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Thèse d'agrégation de Paris, 1886.
- Deschamps.** — La péritonite péri-hépatique enkystée. Thèse de Paris, 1886.
- Dominici.** — Des angiocholites et cholécystites suppurées. Thèse de Paris, 1894.
- Dupré.** — Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891.
- Fauconneau-Dufresne.** — Mémoires de l'Académie royale de médecine, tome XII, 1847.
- Fournier (L.).** — Origine microbienne de la lithiase biliaire. Thèse de Paris, 1896.

- Frœnkel.** — De la péricholécystite. Centralblatt. f. chir., n° 35, 1892.
- Frerichs.** — Traité des maladies du foie, 1866.
- Huguier.** — Gazette des hôpitaux, 8 oct. 1846.
- Leguelinel de Lignerolles.** — Thèse de Paris, 1869.
- Lelionnais.** — Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1896.
- Longuet.** — Traitement chirurgical de l'angiocholécystite (non calculeuse). Thèse de Paris, 1896.
- Michaux.** — Communication au congrès français de chirurgie, 1899.
- Michaux** — Traitement des fistules biliaires par la cholécystectomie ou extirpation de la vésicule biliaire. Bulletin de l'Académie de médecine, 10 juin 1890, n° 23.
- Mossé.** — Accidents de la lithiase biliaire. Thèse d'agrégation de Paris, 1880.
- Murchison.** — Leçons cliniques sur les maladies du foie. London, 1878.
- Reichardt.** — Gazette médicale de Strasbourg, 1879, p. 63.
- Sainton.** — Gazette des hôpitaux, 24 janvier 1891.
- Siry.** — Société anatomique, 1857, p. 259.
- Schwartz.** — Chirurgie du foie, 1901.
- Terrier et Dally.** — Du cathétérisme des voies biliaires.
- Tuffier.** — Lithiase de la vésicule biliaire. Bull. soc. chir., mai 1896.
- Viple.** — Fistules biliaires externes. Thèse de Paris, 1876.

